

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

N

THÈSE

1295

POUR LE

DOCTORAT de l'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Icek Dawid DYKIERMAN

Né le 10 Février 1914 à Jedrzejew (Pologne)

**Observations sur le dépistage
de la Tuberculose Pulmonaire
par la Radioscopie Pulmonaire**

Président : TANON, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI^e

1939

1592

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de l'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Icek Dawid DYKIERMAN

Né le 10 Février 1914 à Jedrzejow (Pologne)

Observations sur le dépistage de la Tuberculose Pulmonaire par la Radioscopie Pulmonaire

Président : TANON, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI^e

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	



II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (H.) . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ .. Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.

VI. — AGREGES| CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER. . . .	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé .	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie
WEIL-HALLE	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

Trop faible témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon affection.

A MON FRERE

AUX MIENS

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Conseiller technique Sanitaire au Ministère
de la Santé Publique

Inspecteur général des Services Techniques d'Hygiène
à la Préfecture de Police

Directeur de l'Institut d'Hygiène

Officier de la Légion d'Honneur

*qui nous a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.*

*En témoignage de notre respectueuse
reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur BAILLARGE
Diplômé de l'Institut d'Hygiène de Paris
Médecin-Conseil de l'Union Régionale
des Assurances Sociales de Rennes
Médaille d'honneur des Epidémies et de l'Assistance
Publique

*qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et qui nous a accueilli avec tant de bien-
veillance.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expres-
sion de notre vive gratitude.*

A Monsieur le Docteur J. VINOT

que nous sommes particulièrement heureux de remercier ici des encouragements et des précieux conseils qu'il nous a toujours prodigués.

En témoignage de notre très vive sympathie.

A MES MAITRES DE L'HOTEL-DIEU
ET DE L'ECOLE DE MEDECINE DE RENNES

INTRODUCTION

Parmi les problèmes sociaux qui préoccupent l'opinion médicale, celui du dépistage de la tuberculose revêt une importance de premier plan. Il intéresse les malades eux-mêmes, qui souvent s'ignorent, les familles dont les membres doivent être à l'abri des dangers de contagion; les milieux commerciaux, industriels et administratifs qui cherchent à s'assurer la collaboration d'un personnel sain, l'Etat enfin, en éliminant les sujets suspects avant qu'ils ne retombent à sa charge.

La lutte antituberculeuse en France a, depuis la guerre, pris une extension des plus heureuses. L'effort considérable réalisé s'est concentré sur les dispensaires ayant pour objectif le dépistage des cas et la lutte contre les contaminations possibles autour des cas dépistés.

Mais ce n'est pas sous-estimer les résultats acquis que de penser insuffisante cette cristallisation de l'effort autour d'un seul moyen d'action. Dépister le tuberculeux contagieux est bien, prendre toutes dispositions pour l'empêcher de nuire à son entourage est encore mieux. Mais dépister le malade avant qu'il ait fondé une famille, tenter de dépister le futur malade avant qu'il ait glissé sur la pente de tuberculose active et le placer dès ce moment dans les conditions favorables de lutte qui lui permettront de ne pas voir sa tuberculose latente se transformer en maladie effective, tel est le but à atteindre.

Il est universellement admis aujourd'hui que ce dépistage, pour être efficace, doit comporter en même temps un examen par les méthodes habituelles et un contrôle par les rayons X.

« Le principe demeure inébranlable, a dit le Professeur Rieux, un examen thoracique ne peut être considéré comme complet s'il n'est clinique et radiologique à la fois. »

LA RADIOSCOPIE SYSTEMATIQUE

Premières applications

Si la radioscopie est utilisée depuis longtemps dans le diagnostic de la tuberculose, son emploi systématique pour le dépistage de cette maladie constitue au contraire un procédé relativement récent.

Nous nous proposons d'exposer brièvement le principe de la méthode.

Un appareillage offrant une sécurité électrique complète, léger, démontable et facilement transportable, d'un maniement facile, peut être improvisé aussi bien dans une pièce obscure qu'à l'air libre, avec, dans ce dernier cas, une cabine noire pour l'opérateur (tel est le bloc radioscopique réalisé par Andrieux, Clénet et Sieur).

Le passage des sujets derrière l'écran se fait en « sens unique », ce qui facilite beaucoup l'ordre et la vitesse des examens.

Le « coup d'écran » vise avant tout à discriminer les thorax normaux des thorax suspects. C'est donc un procédé de triage certain entre des mains expérimentées, rapide, facilement applicable à un grand nombre d'individus.

Les sujets suspects seront naturellement soumis à des investigations complémentaires (radiographie, bacilloscopie, etc...).

C'est aux Docteurs Delherme et Thoyer-Razat que revient l'initiative d'avoir organisé la radioscopie systématique des infirmières de la Salpêtrière et de l'avoir régulièrement poursuivie.

Mais c'est aux Services de Santé Militaire que revient le grand mérite d'avoir appliqué la méthode sur une plus grande échelle, en s'adressant à toute une partie de la population masculine à l'occasion des différentes périodes du service militaire.

Dès 1926 le médecin-colonel Sieur, de Rennes, s'est consacré avec obstination à l'organisation et la mise en œuvre du dépistage de la tuberculose chez les jeunes soldats par l'examen radioscopique systématique à la visite d'incorporation.

Au Congrès International d'Hygiène d'octobre 1933, un rapport de Jullien et Sieur, en résumant l'historique de cet effort personnel, a précisé la place occupée par la radioscopie et les films dans l'examen clinique des soldats tant à leur arrivée au régiment qu'au cours de leur service.

« En douze ans (1926-1937) Sieur a radiographié 448.780 jeunes soldats au moment de leur incorporation; sur ce nombre, 273 ont été reconnu porteurs de lésions dont la nature tuberculeuse a été immédiatement confirmée par une bacilloscopie positive; 277 avaient des lésions qui, après examens clinique et radiographique, ont motivé la réforme définitive avant que les bacilles de Koch aient été mis en évidence dans les crachats; 675 ont été réformés temporairement en raison d'un aspect radiologique suspect associé à un état général défficient sans qu'on ait pu affirmer la tuberculose.

« 66 tuberculeux dépistés sur 51.116 sujets radioscopiés six mois à un an après l'examen d'incorporation et qui ne présentaient aucune image suspecte au moment de cet examen. »

(D'après les statistiques du médecin-colonel Sieur, mises à jour au 31 décembre 1931.)

Les résultats sont donc probants. Sous une apparence d'un bon état général se cachaient des lésions tuberculeuses importantes. Tous ces sujets ayant pu semer impunément autour d'eux les bacilles, dans leur famille, école, atelier, etc...

En 1934, une communication à l'Académie de Médecine du médecin général Rouvillois et de ses collaborateurs du ministère de Guerre, a enfin apporté à la méthode la consécration officielle.

Il résulte des chiffres cités ci-dessus que nombreux sont les cas, où les sujets de 20 ans, porteurs de lésions en activité, sont dépistés à l'occasion du service armée. Disons tout de suite que les jeunes filles échappent à cet examen.

La conclusion qui s'impose est que les examens radioscopiques faits au moment de l'arrivée des jeunes hommes au régiment sont trop tardifs. Le dépistage précoce de la tuberculose pulmonaire par la radioscopie systématique doit donc commencer dès l'âge scolaire.

En 1926, le Docteur Andrieux, médecin inspecteur des Ecoles à Rennes, a réalisé dans cette ville le dépistage précoce de la tuberculose chez les écoliers — non seulement chez ceux que les conditions de vie rendaient suspects, mais tous sans exception.

Au début il n'avait pas la radioscopie à sa disposition et ne pouvait qu'envoyer au dispensaire les sujets qui lui sem-

blaient les plus en danger. A partir de 1934, l'Inspection Médicale des Ecoles put utiliser un appareillage mobile **permettant de pratiquer l'examen radioscopique** dans les locaux scolaires eux-mêmes. Le nombre des dépistages s'en trouva immédiatement accru.

C'est ainsi que sur 5.023 enfants examinés en 1926-1927, 65 contacts tuberculeux seulement avaient été découverts, alors qu'en 1934-1935, sur 4.266 enfants, le nombre des contacts tuberculeux dépistés (radioscopie) s'élevait à 160. De même, de 1928-29 à 1934-35 le nombre des tuberculeux en activité découvert passe de 99 pour 5.165 enfants (1,91 %) à 135 pour 4.266 enfants (3,16 %).

Au début de l'année 1934-1935 la radioscopie en série fut aussi employée pour l'examen d'adolescents et de jeunes gens de 15 à 22 ans de l'enseignement technique, secondaire et supérieur; et dans certains milieux ce mode d'exploration a fourni des renseignements fort intéressants.

Voici un exemple entre autres :

Un groupe de 282 adolescents de 14 à 18 ans examinés en mars 1935 ont permis de trouver :

3 tramites se manifestant par une diminution de transparence très nette des champs pulmonaires;

2 scissurites;

3 réactions hilaires très notables avec adénopathie;

5 réactions diaphragmatiques (feston — diminution d'amplitude — sinus bloqué ou peu éclairé). Parmi les jeunes gens présentant cette dernière image, l'un a fait quelques semaines plus tard une pleurésie diaphragmatique et une lobite grave à forme ulcéro-caséuse rapide, actuellement en traitement par les sels d'or et le pneumothorax.

Au total 13 sujets présentaient des images pulmonaires anormales qu'on peut considérer comme de nature suspecte, attendu que la notion de contag tuberculeux a été établie pour chacun d'eux.

La contamination si fréquente pendant la période scolaire paraît donc au contrôle radioscopique en série plus fréquente après la sortie de l'Ecole primaire pendant la période difficile de l'adolescence et de l'adaptation au travail manuel.

Ainsi s'explique facilement le chiffre de 3,16 % qui exprime la proportion des sujets en état de morbidité tuberculeuse, que nous avons trouvée à l'école.

L'inspection médicale scolaire, après dix ans d'expérience durant lesquels il a été possible d'établir plus de 12.000 dossiers — exactement 12.386 — s'avère donc comme un des moyens de dépistage les plus efficaces de la tuberculose et de nombreuses affections chroniques de la jeunesse susceptibles d'avoir un retentissement définitif sur le développement organique des enfants. A ce titre, elle apparaît comme une arme indispensable pour la protection de la famille et de la race.

QUELQUES OBSERVATIONS CLINIQUES

Pour illustrer notre thèse nous avons pu étudier un certain nombre de dossiers médicaux des Assurés Invalides de l'Union Régionale de Rennes des Caisses d'Assurances Sociales mis à notre disposition grâce à la complaisance du Docteur Baillargé, Médecin-Conseil de cet organisme.

Il s'agit là d'assurés « invalides » pour tuberculose pulmonaire, découverts à l'occasion d'une période de réserve et qui, titulaires d'une pension d'invalidité, ont été suivis régulièrement par la suite par ce praticien.

Ces observations sont jusqu'à maintenant inédites. On les lira ci-dessous.

OBSERVATION I

Assuré : R... Joseph.

N° Mle : 17.35.01207.2.

Sujet âgé actuellement de 22 ans. Profession : boulanger.

Histoire de la maladie : ne s'était jamais senti malade. En 1937, au début de son service militaire, un examen radiologique des recrues fait découvrir chez lui une infiltration du sommet droit.

Une radiographie du 30-11-37 montre une image en mie de pain du 1/3 supérieur du poumon droit.

Traité par le repos.

Obtient une pension d'invalidité le 1^{er} juillet 1938. Revu le 18-1-39. Il présente un bon état général, poids 63 kg. 500

pour 1 m. 75, se sent bien, malgré un travail fatigant, ne tousse pas, ne crache pas, ne fait pas de température, mange bien, dort bien, digère normalement.

L'examen clinique est absolument négatif.

La radiologie aurait montré un bon nettoyage pulmonaire (médecin traitant).

Tension artérielle 11/7 au Vaquez.

Revu le 2-6-39. Malade reste stable. Continue à travailler.

Revu le 6-8-39. Nouvel examen radiologique. Opacité de l'apex droit sans aspect évolutif.

Conclusion : Tuberculose pulmonaire d'apparence sain et bien portant, découverte de lésions tuberculeuses. Traité uniquement par le repos, on obtient une stabilisation des lésions au bout de 2 ans et une réadaptation à la vie active. L'assuré dont la pension a été suspendue a été revu depuis; il continue à travailler, son état reste stable.

OBSERVATION II

Assuré : H... Charles.

N° Mle : 13.53.01655.7.

Sujet actuellement âgé de 25 ans. Profession antérieure : mécanicien.

Histoire de la maladie : lésion du poumons droit dépistée à la caserne au moment d'une période militaire à l'occasion d'une radioscopie systématique, montrant une infiltration sous claviculaire droite et une caverne. Bacilloscopie positive. Amaigrissement.

Pension d'invalidité du 1^{er} avril 1938 pour tuberculose pulmonaire.

L'assuré a été examiné le 11-1-39 : la toux et l'expectoration ont à peu près disparu, la température est normale

(cependant de temps à autre des sueurs nocturnes). Très bon appétit. Supporte assez bien le travail. Poids 58 kg. pour 1 m. 61.

Auscultation à peu près normale. Scopie : Traînée d'ombre entre le hile droit et l'extrémité externe de la clavicule.

Le malade a repris le travail le 1-2-38 comme employé dans une quincaillerie.

Conclusion : Tuberculose pulmonaire actuellement bien stabilisée. Continue à **travailler**.

Commentaire : Là encore il s'agit d'un sujet dont la tuberculose était ignorée et chez qui la radioscopie systématique a permis d'instituer à temps un traitement qui s'est révélé rapidement efficace.

OBSERVATION III

Assuré : D... Eugène.

N° Mle : 11.2201017.6.

Malade âgé actuellement de 28 ans. Profession : employé des P.T.T.

Dans les antécédents, on note une bronchite en 1932 pendant le service militaire.

Le début de la maladie date de mars 1935. L'affection tuberculeuse a été reconnue au cours d'un examen médical avec radioscopie systématique en vue de la titularisation comme employé des postes. Des lésions du poumon droit s'étaient installées de façon insidieuse; dès le premier examen des crachats on notait la présence de bacilles de Koch.

Entré au sanatorium de Bodiffé en avril 1935, il reçoit une pension d'invalidité pour tuberculose pulmonaire le 1^{er} octobre 1935.

L'assuré quitte le sana après vingt mois de séjour considéré comme « parfaitement guéri ». Les examens des crachats sont constamment négatifs.

Le 7 janvier 1937, une Commission d'experts le juge apte à reprendre son service. Une deuxième Commission réunie au Service régional des P.T.T. à Rennes confirme cet avis.

La pension d'invalidité est suspendue le 1-3-1937.

Le malade est revu le 24 juin 1937 : l'état général est bon, le poids est passé de 72 kg. à 76 kg. de janvier à juin 1937 malgré le travail. On note seulement une respiration rude aux deux sommets, et une inspiration rugueuse et saccadée à la base gauche (sclérose pulmonaire cicatrisée). Rien à signaler d'autre part.

Revu le 12-7-1939 : il présente un très bon état général, ne tousse pas, ne crache pas, ne fait pas de température, mange et dort bien.

A l'examen clinique : diminution du murmure vésiculaire au 1/3 inférieur du poumon droit sans adventices. Rien par ailleurs.

Scopie : grisaille du sommet droit qui s'éclaire à la toux.

Conclusion : Tuberculose pulmonaire actuellement guérie. Suppression de la pension d'invalidité.

Commentaire : Il s'agit là d'un cas analogue au précédent, avec toutefois cette différence que l'assuré est complètement guéri, a vu sa pension complètement supprimée en juillet 1939 et a été titularisé comme employé des P.T.T. après examen médical.

OBSERVATION IV

Assuré : A... Marcel.

N° Mle : 10.53.00461.2.

Caisse Maladie : Mutuelle Familiale de la Mayenne.

L'assuré est âgé actuellement de 29 ans. Profession : mécanicien.

Antécédents : une pleurésie il y a dix ans.

Début de la maladie : dépisté au cours d'une période militaire en 1935, le sujet se sentait fatigué. On découvrit des B. K. dans son expectoration, et des signes radiologiques de tuberculose pulmonaire. Soigné chez lui par les sels d'or, puis par un repos de un an.

Examen du 30-10-37 : il présente un très bon état général, le poids est passé de 68 kg. à 75 kg., il se sent bien, ne tousse pas, ne crache pas.

A l'examen clinique : la percussion est normale, les vibrations thoraciques et l'auscultation sont normales, le murmure vésiculaire est peut-être un peu soufflant au sommet droit...

M. A... a présenté, en juin 1937, une crise hépatique avec nausées, vertiges, sans température, douleurs de la région du foie avec irradiations. A l'heure actuelle, il persiste seulement une légère sensibilité hépatique avec un foie un peu débordant.

Rien à signaler d'autre part.

Revu le 28 juillet 1939, l'examen clinique et radiologique pratiqués par le médecin du dispensaire de Laval montre que l'état pulmonaire reste « absolument stabilisé ».

Conclusion : L'état pulmonaire de l'assuré reste stable depuis vingt mois. Les troubles digestifs signalés ne sont qu'un incident sans rapport avec l'affection ayant entraîné l'invalidité. La capacité de travail reste normale.

Commentaire : sujet qui dépisté comme les précédents au cours d'une période militaire, a pu bénéficier des Assurances Sociales et des soins, et qui après deux ans a été considéré comme guéri et travaille régulièrement depuis décembre 1937.

OBSERVATION V

Assuré : T... Joseph.

N° Mle : 14.35.00791.8.

Caisse Maladie : Groupements Catholiques.

Age : 25 ans. Profession : monteur en chauffage central.

L'assuré est en invalidité depuis le 1^{er} août 1936, pour des « lésions pulmonaires ».

Antécédents : l'assuré a été réformé en fin de 1935 après deux mois de service militaire (radioscopie systématique).

Début de la maladie : en janvier 1936 il a présenté une hémoptysie. L'expectoration n'a jamais contenu de B. K. Le sujet qui a été suivi régulièrement par le dispensaire a été traité par les sels d'or, et le pneumothorax droit institué le 31 mars 1936. Les insufflations d'abord espacées de 8 jours sont maintenant faites toutes les 5 semaines, et la compression n'est plus très poussée.

L'assuré a repris le travail le 1^{er} juillet 1937, sur l'avis de son médecin.

Examen du 22 juillet 1937. Le malade présente un bon état général, se sent bien, ne tousse pas, ne crache pas, ne fait pas de température. Il a pris 5 kg.

A l'examen clinique : à gauche, signes normaux; à droite, signes de pneumothorax, avec légère matité à la base.

La radioscopie montre un pneumothorax très efficace.

Rien à signaler d'autre part.

Revu le 15-10-38 il présente toujours un excellent état général, a pris encore 2 kg. depuis juillet 1937; aucun autre signe d'évolution. Le pneumothorax est toujours entretenu et sera abandonné après l'hiver. L'assuré continue à travailler.

Revu le 7-10-39 : excellent état général. Travaille régulièrement.

Conclusion : La tuberculose pulmonaire qui dépistée grâce à la radioscopie systématique, a pu être traitée d'urgence par un pneumothorax.

Commentaire : Pour ce cas, il ne s'agit pas encore d'une guérison définitive. Mais le pneumothorax institué très tôt a permis la reprise d'un travail régulier depuis deux ans sans incidents.

OBSERVATION VI

Assuré : T... Modéran.

N^o Mle : 06.35.01019.7.

Actuellement âgé de 33 ans. Profession : manœuvre.

Début de la maladie : dépisté en février 1934, au cours d'une période de 21 jours, pour le médecin-colonel Sieur : poumons voilés.

Repos de trois ans. Reprise de travail au début de 1937.

Examen du dispensaire en date du 30 mars 1937 : à droite expansion hilaire sur le parenchyme, quelques taches, assez grosses calcifications. Diaphragme très peu mobile.

Tuberculose fibreuse non évolutive. B. K. : négatif à l'homo, mais beaucoup de polynucléaires.

Hospitalisé au Pavillon des Assurances Sociales à Antrain, le 9 avril 1937.

Examen de sortie du 13 juin 1937 : poids 60 kg. 200. Température 37°2. Bacilloscopie négative à l'hémogénéisation. Examen radioscopique : rétraction de l'hémi-thorax droit, petites taches dans la région hilare inférieure, diaphragme peu mobile.

Revu le 19 novembre 1937 : état général très médiocre : le malade tousse et crache le matin, l'expectoration ne contient pas de B. K., il fait par intermittence de la température, 37°9 au moment de notre examen (10 heures). Il a perdu 4 kg. depuis le mois de juin. L'assuré a essayé de travailler 15 jours mais a dû cesser ayant fait à plusieurs reprises une température élevée (39°4).

A l'examen on note : submatité des deux sommets, les vibrations thoraciques sont diminuées : A l'auscultation, le murmure vésiculaire est très rude dans tout le champ pulmonaire droit, on entend quelques craquements après la toux au 1/3 moyen.

Appareil circulatoire : tachycardie à 110, clangor du 2^e bruit.

Pas de troubles digestifs. Sommeil normal. Système nerveux normal.

Revu le 17-2-38 : mauvais état général. Poids : 57 kg. pour 1 m. 72. A l'auscultation : râles humides au 1/3 moyen du poumons droit, craquements à la base gauche. Tension artérielle : 10/6.

Revu le 16-5-39 : même état. Le pronostic reste réservé.

Conclusion : Tuberculose pulmonaire droite évolutive.

Commentaire : Ici, un cas moins favorable malgré le dépistage précoce et sans doute par le fait d'une reprise de travail prématurée, l'état s'est aggravé progressivement. Le pronostic reste réservé. Le sujet est toujours pensionné.

En résumé, donc 4 cas pour qui le dépistage précoce a permis d'instituer à temps un traitement efficace. Tous après un délai de 1 an à 18 mois, ont été réadaptés à la vie active. Par contre, 2 autres, moins favorables, dont le premier est cependant en voie de stabilisation, le second semblant devoir continuer à évoluer.

Nous pourrions citer encore de nombreuses observations. Nous avons eu, en effet, l'occasion d'examiner plusieurs dossiers que nous n'avons pas le loisir de reproduire ici.

Citons pour mémoire un étudiant de l'Ecole d'Agriculture de Rennes qui, dépisté au cours d'un examen systématique des étudiants, a pu après un an de repos à Passy terminer ses études et exerce actuellement une profession libérale.

Pour apprécier les résultats d'ensemble il faudrait pouvoir suivre tous les cas de tuberculose pulmonaire dépistée précocement par la radioscopie systématique. C'est là une tâche évidemment difficile à réaliser. Nous pensons que les observations et les statistiques que nous avons reproduites plus haut sont déjà concluantes puisque même où la guérison n'a pas couronné le traitement le dépistage systématique a permis d'éliminer de la collectivité des tuberculeux contagieux.

Notre objet n'était d'ailleurs pas de démontrer que la radioscopie systématique était une panacée universelle, mais que dès maintenant elle devrait prendre place parmi les armes de la lutte antituberculeuse.

Nous pensons avoir réalisé notre dessein dans la mesure où une expérience forcément limitée nous permet de conclure.

CONCLUSIONS

— La radioscopie est un complément indispensable du dépistage précoce de la tuberculose. L'examen clinique pouvant laisser ignorer un certain nombre de cas.

— Pour que ce dépistage soit efficace il faut qu'il s'adresse à des collectivités nombreuses et soit répété systématiquement à intervalles réguliers.

— La méthode que nous venons de décrire ci-dessus a déjà fait ses preuves. Les observations que nous avons rapportées permettent de voir ce qu'il était advenu de quelques sujets diagnostiqués il y a 2 ou 3 ans et qui ont été suivis régulièrement depuis.

— Il serait intéressant que cette étude soit poursuivie. Mais dès maintenant, on peut dire qu'il y a là une arme importante pour la lutte antituberculeuse.

— Il est souhaitable, après les résultats de quelques expériences locales, que cet exemple soit généralisé et appliqué à un nombre toujours plus grand de collectivités.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président de Thèse,*
L. TANON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

D^r Bernard L. — La tuberculose pulmonaire. Masson, 1925.

D^r Guimard. — La pratique du sanatorium. Rey, Lyon.

D^r Julien L. — La place de la radioscopie systématique dans le dépistage de la Tuberculose pulmonaire au sein des Collectivités. Masson, 1938.

Jullien M. et M. Sieur. — Le dépistage de la tuberculose par l'examen radioscopique dans les armées françaises et étrangères. Congrès international d'hygiène, octobre 1933.

Jullien L. — La prophylaxie de la tuberculose par le diagnostic précoce. *Mouvement sanitaire*, juin 1934.

Jullien L., Sieur et Andrieux. — L'action conjuguée de l'école et de l'armée dans le dépistage de la tuberculose pulmonaire. *Mouvement sanitaire*, février 1936.

Jullien L., Sieur et Dutrey. — Radioscopie systématique des collectivités et tuberculose pulmonaire. *Revue d'Hygiène* (octobre-novembre 1937).

Jullien L., Sieur et Dutrey. — Contrôle clinique et bactériologique de la radioscopie systématique. *Revue de la Tuberculose*, octobre 1937.

Dreyfus-Sée G. — Prophylaxie de la tuberculose à l'école.
XXI^e Congrès d'Hygiène, Paris, octobre 1937.

Debré R. et M. Lelong. — Conséquences pratiques des notions acquises sur le début de la tuberculose chez l'enfant. *La Presse Médicale*, 27 novembre 1937.

Coliez R. — Les cahiers de radiologie. 1^{er} octobre 1937.

Maingot G. — Comment faire aujourd'hui l'examen radiologique d'un tuberculeux? *Gazette médicale de France*, 15 décembre 1937.

M. Gillard. — Les lésions pulmonaires dans le milieu scolaire. *La Presse médicale*, 24 février 1937.

Paisseau, Valtis et Kayem. — Sur certaines anomalies des réactions tuberculiniques. *La Presse Médicale*, 12 février 1938.

D^r Rist E. — La tuberculose. Armand Colin, 1933.

D^r Ribadeau-Dumas. — Début de la tuberculose pulmonaire. Flammarion, 1925.

Sergent, Ribadeau-Dumas, Baboneix. — Tuberculose. Vol. XVII et XVIII. Maloine et fils, 1921.

Sterling-Okuniewski. — Odbitka « Gruzlicy », Roewzik, 1927, II, N^o 1.

Bezançon et Philibert. — C. R., Soc. de Biol., 1924, XC, 475; *Presse Médicale*, 1926, XXXVI, 33.

